移送費
家族移送費請求書

整理番号	

組合員記入欄	組合員等記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名		所　属	
	移送を受けた者の氏名			移送を受けた者の生年月日	年　月　日	
	傷病名			発病又は負傷の年月日	年　月　日	
	発病又は負傷の原因					
	移送に要した費用の額	円	移送の方法及び経路			
	(※) 付添人氏名			(※) 付添人住所		
医師の意見欄	移送を必要と認めた理由					
	(※) 付添いを必要と認めた理由					
	移送の方法及び経路			入院した場合は、その期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日　医療機関の名称
所 在 地
電話番号
医師の氏名

上記のとおり請求します。

(あて先)名古屋市職員共済組合理事長

年　月　日

請 求 者　住所又は所属
氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所長　職　名
氏　名

事務局	次長	係長	係	決定額	円

〈注意事項〉

1. この申請書には、移送に要した費用の額を証明する領収書を添付してください。
2. 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

(※)付添人は、医学的管理が必要と医師が判断する場合に限り、医師・看護師等に認められます。